

Bericht

des Gesundheitsausschusses

über die Regierungsvorlage (1333 der Beilagen): Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) erlassen wird sowie das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz, das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, das Ärztegesetz 1998, das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen geändert werden (Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2017 – VUG 2017)

Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen sind Bund und Länder einerseits sowie die Sozialversicherung andererseits als gleichberechtigte Partner übereingekommen, das eingerichtete partnerschaftliche Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung fortzuführen. Damit soll sichergestellt werden, dass sich mittels vereinbarter Ausgabenobergrenzen die öffentlichen Gesundheitsausgaben gleichlaufend zum nominellen Wirtschaftswachstum entwickeln. Die Festlegung der Eckpunkte und Inhalte dieser partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erfolgt in der zwischen dem Bund und den Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit. Die Umsetzung des Finanzausgleichs für die Jahre 2017 bis 2021 im Gesundheitsbereich erfolgt mit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.

Dementsprechend wird das partnerschaftliche Zielsteuerungssystem, das eine bessere Abstimmung zwischen dem niedergelassenen Versorgungsbereich und den Krankenanstalten garantiert, weiterentwickelt und fortgeführt. Die Patientinnen und Patienten und ihre bestmögliche medizinische Behandlung stehen weiterhin im Mittelpunkt und nicht mehr die Institutionen. Das bedeutet eine weitere Stärkung des öffentlichen Gesundheitswesens, das sich in Österreich bewährt hat. Mit der nunmehr vereinbarten Fortführung der Zielsteuerung-Gesundheit wird ein Mechanismus beibehalten, der es sicherstellt, Ausgabensteigerungen in der Gesundheitsversorgung an das prognostizierte Wirtschaftswachstum heranzuführen, damit die kontinuierliche Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems gewährleistet und dessen Finanzierung auch für kommende Generationen leistbar bleibt.

Nunmehr sind die für die Umsetzung der genannten Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG erforderlichen bundesgesetzlichen Anpassungen vorzunehmen. Im Sinne von Transparenz und Nachvollziehbarkeit erfolgt die Umsetzung der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung Gesundheit – soweit möglich – in einem eigenen Gesetz, dem Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG). Darüber hinaus werden in weiteren Bundesgesetzen die notwendigen Anpassungen vorgenommen.

Durch die vorgeschlagenen Änderungen in den Art. 2 bis 8 dieser Sammelgesetznovelle sollen das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Sozialversicherungsrecht (das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz, das Bauern-Sozialversicherungsgesetz und das Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz), das Ärztegesetz 1998 und das Bundesgesetz über die Gesundheit Österreich GmbH an die neue Vereinbarung nach Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit sowie an die neue Vereinbarung nach Art. 15a B-VG über

die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, die insbesondere auch die finanzausgleichsbezogenen Bestimmungen beinhaltet, angepasst werden. Die Art. 2 bis 8 sehen somit vorwiegend technische Umsetzungen der beiden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG vor.

Die Prinzipien der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit

- Für Patientinnen und Patienten wird der niederschwellige Zugang zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung und deren hohe Qualität langfristig gesichert und ausgebaut.
- Die Steuern und Beiträge der Bevölkerung werden besser zielgerichtet eingesetzt.
- Die Organisation und Steuerungsmechanismen auf Bundes- und Landesebene werden nach dem Prinzip der Wirkungsorientierung weiterentwickelt.
- Sowohl Versorgungs- als auch Finanzziele werden festgelegt sowie das eingerichtete Monitoring weiterentwickelt und fortgeführt, um die Erreichung der Ziele messbar zu machen.
- Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben (ohne Langzeitpflege) ist bis 2021 an das zu erwartende durchschnittliche nominelle jährliche Wachstum des Bruttoinlandsprodukts (3,2%) heranzuführen.
- Versorgung der Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität.
- Sicherstellung einer nachhaltigen Sachleistungsversorgung.
- Transparente, patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen.
- Verbesserung der Behandlungsprozesse insbesondere durch die Optimierung von Organisationsabläufen und der Kommunikation.
- Forcierung der Einrichtung von multiprofessionellen und interdisziplinären Versorgungsformen auf allen Versorgungsebenen.
- Zielgerichteter Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention.

Neue Strukturen im Dienst der Patientinnen und Patienten

- Entlastung des vollstationären Bereichs in den Akut-Krankenanstalten durch medizinisch und gesamtwirtschaftlich begründete Verlagerung von Leistungen in den tagesklinischen oder in den ambulanten Bereich (niedergelassener Bereich, selbstständige Ambulatorien sowie Spitalsambulanzen) inklusive Vereinbarung entsprechender Zielvorgaben.
- Umsetzung neuer multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Primärversorgungseinheiten sowie multiprofessioneller und/oder interdisziplinärer Versorgungsformen in der ambulanten Fachversorgung im Bereich der Sachleistung unter anderem mit der Zielsetzung der Erhöhung des Anteils ambulanter Versorgungsstrukturen mit Öffnungszeiten zu Tagesrand- und Wochenendzeiten.

Finanzzielsteuerung: Gesicherte Finanzierung des Gesundheitssystems durch Wahrnehmung einer gemeinsamen Finanzverantwortung

- Schrittweise Annäherung des Anstiegs der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den mittelfristig prognostizierten Anstieg des nominellen BIP (von derzeit 3,2 %).
- Weiteres finanzierbares Wachstum der Gesundheitsausgaben.
- Festlegung von Ausgabenobergrenzen, die eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung und auch deren nachhaltige Finanzierung sicherstellen.

Umfassende Transparenz, Kontrolle und Schlichtungsverfahren

- Bund, Länder und Sozialversicherung vereinbaren fixe Ziele und verpflichten sich zu einem laufenden Monitoring mit klar festgelegten Messgrößen und Zielwerten.
- Die Monitoringberichte sind zu veröffentlichen.
- Ein Sanktionsmechanismus wird in folgenden Fällen in Gang gesetzt:
 1. Im Zuge des Monitorings festgestellte Nicht-Erreichung von vereinbarten Zielen
 2. Verstoß gegen die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, den Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene oder die Landes-Zielsteuerungsübereinkommen
 3. Nicht-Zustandekommen des Zielsteuerungsvertrages auf Bundesebene oder der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen
- Bei Streitigkeiten über Inhalte des Zielsteuerungsvertrages und der Landes-Zielsteuerungsübereinkommen ist ein Schlichtungsverfahren vorgesehen.

Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene, vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen

Auf Grundlage des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes wird ein Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene ausgearbeitet. Basierend auf diesem Vertrag werden auf Landesebene in den Landes-Zielsteuerungskommissionen detaillierte vierjährige Landes-Zielsteuerungsübereinkommen einvernehmlich beschlossen.

Entscheidungsstrukturen und Organisation

Auf Bundesebene werden die Entscheidungsstrukturen verschlankt und der administrative Aufwand deutlich reduziert. Zur Vorbereitung und Koordination der Agenden der Bundes-Zielsteuerungskommission sowie zur Unterstützung der Umsetzung von Beschlüssen der Bundes-Zielsteuerungskommission wird ein Ständiger Koordinierungsausschuss eingerichtet.

Kompetenzrechtliche Ausführungen (Artikel 1 bis 8)

In kompetenzrechtlicher Hinsicht stützt sich das vorliegende Bundesgesetz auf Art. 10 Abs. 1 Z 8 B-VG („Einrichtung beruflicher Vertretungen, soweit sie sich auf das Bundesgebiet erstrecken“), Art. 10 Abs. 1 Z 11 („Sozialversicherungswesen“), Art. 10 Abs. 1 Z 12 („Gesundheitswesen“), und Art. 12 Abs. 1 Z 1 („Heil- und Pflegeanstalten“) B-VG.

Der Gesundheitsausschuss hat die gegenständliche Regierungsvorlage in seiner Sitzung am 30. November 2016 in Verhandlung genommen. Gemäß § 37 Abs. 2 GOG-NR beschloss der Gesundheitsausschuss einstimmig, Abgeordneten Dr. Marcus **Franz** zur Teilnahme an der Sitzung mit beratender Stimme beizuziehen. An der Debatte beteiligten sich außer dem Berichtersteller Abgeordneten Dietmar **Keck** die Abgeordneten Dr. Eva **Mückstein**, Dr. Erwin **Rasinger**, Mag. Gerald **Loacker**, Dr. Andreas F. **Karlsböck**, Dr. Marcus **Franz**, Erwin **Spindelberger**, Ulrike **Weigerstorfer**, Ing. Markus **Vogl**, Ulrike **Königsberger-Ludwig** sowie die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen Dr. Sabine **Oberhauser**, MAS und die Ausschussobfrau Abgeordnete Dr. Dagmar **Belakowitsch-Jenewein**.

Im Zuge der Debatte haben die Abgeordneten Erwin **Spindelberger**, Dr. Erwin **Rasinger** einen Abänderungsantrag eingebracht, der wie folgt begründet war:

„Zu Art. 1 (§ 3 G-ZG):

Zur Klarstellungen werden weitere Begriffe in die Begriffsbestimmungen aufgenommen. Die Definition des Begriffes „Versorgungstyp“ steht im Zusammenhang mit § 21 Abs. 3 Z 2 (Inhalte des RSG). Festlegungen hinsichtlich der Betriebsformen in extramuralen ambulanten Bereich (Einzelprix, Gruppenpraxis, selbstständige Ambulatorien) sind nicht Gegenstand der Planung im RSG.

Zu Art. 1 (§§ 14 Abs. 2 Z 1 und 18 Abs. 7 Z 3 G-ZG):

Es wird klargestellt, dass sich diese Regelungen ausschließlich auf Krankenanstalten beziehen.

Zu Art. 1 (§ 16 Abs. 8 G-ZG):

Mit dieser Einfügung wird Art. 15 Abs. 10 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit gesetzlich umgesetzt.

Zu Art. 1 (§ 17 Abs. 1 Z 4 lit. f G-ZG):

Mit dieser Ergänzung wird die geltende Rechtslage fortgeschrieben und wie bisher vorgesehen, dass die Ausgaben der Sozialversicherung für die Erbringung der Leistungen von Kieferregulierungen gesondert darzustellen sind.

Zu Art. 1 (§ 20 Abs. 4 G-ZG):

Mit dieser Einfügung wird der Österreichischen Ärztekammer und sonstigen betroffenen gesetzlichen Interessensvertretungen ein analoges Anhörungsrecht bezüglich der Beschlussfassung des ÖSG in der Bundes-Zielsteuerungskommission eingeräumt, wie dies für den RSG in § 21 Abs. 8 bereits vorgesehen ist.

Zu Art. 1 (§ 21 Abs. 3 G-ZG):

Es wird gesetzlich normiert, dass bei der Planung im RSG auf die in Art. 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die in den §§ 3 und 3a KAKuG geregelten Kriterien Bedacht zu nehmen ist.

Zu Art. 1 (§§ 22 und 23 Abs. 6 G-ZG):

Im Zuge der Beratungen hat sich herausgestellt, dass eine Veröffentlichung des ÖSG und der RSG sowie der Verordnungen im Rechtsinformationssystem (www.ris.bka.gv.at) aus Gründen der Transparenz zweckmäßiger ist und für die erforderliche chronologische Nachverfolgbarkeit notwendig ist.

Zu Art. 1 (§ 23 Abs. 1 G-ZG):

Es wird präzisiert, dass mit verbindlich zu machenden Planungsrichtwerten und -kriterien von der Bundes-Zielsteuerungskommission definierte, also bestimmte, und nicht alle gemeint sind. Davon nicht umfasst sind Strukturqualitätskriterien, wie beispielsweise Personalschlüssel.

Zu Art. 1 (§ 23 Abs. 3 G-ZG):

Es wird klargestellt, dass die Stammeinlage durch den Bund für alle drei Gesellschafter geleistet wird.

Zu Art. 1 (§ 26 Abs. 5 G-ZG):

Zur Sicherstellung, dass wesentliche Aufgaben der Bundes-Zielsteuerungskommission vorbehalten bleiben, werden jene Agenden, die dem Ständigen Koordinierungsausschuss übertragen werden können, nunmehr taxativ festgelegt.

Zu Art. 1 (§ 42 Abs. 4 G-ZG):

Es wird eine Übergangsbestimmung hinsichtlich der Verbindlichmachung von den ambulanten Bereich betreffenden Teilen des ÖSG und der RSG vorgesehen. Die bereits derzeit bestehenden Verordnungen nach § 10a KAKuG bleiben davon unberührt.

Zu Art. 2 und 3 (§§ 27a und 57 Abs. 2 KAKuG sowie §§ 447f Abs. 7 Z 4 und Abs. 7a ASVG):

Derzeit sehen sowohl § 27a KAKuG als auch § 447f Abs. 7 KAKuG bei Anstaltspflege die Einhebung von Kostenbeiträgen vor.

Nach § 447f Abs. 7 ASVG ist – ausgenommen im ambulanten Bereich – bei Anstaltspflege für mitversicherte Angehörige nach dem ASVG und für Versicherte und mitversicherte Angehörige nach dem BSVG ein Kostenbeitrag zu leisten.

Der Kostenbeitrag nach dieser Bestimmung beträgt für Kinder und Erwachsene pro Verpflegstag 10% der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührensätze, jährlich vervielfacht mit dem jeweiligen Hundertsatz (=Änderung der Beitragseinnahmen).

Der Kostenbeitrag nach § 447f Abs. 7 ASVG für mitversicherte Angehörige nach dem ASVG und für Versicherte und mitversicherte Angehörige nach dem BSVG fließt direkt an die jeweiligen Landesgesundheitsfonds.

Die Kostenbeitragspflicht nach § 27a KAKuG ist gegenüber der Kostenbeitragspflicht nach § 447f ASVG subsidiär.

Entsprechend dem Regierungsprogramm für die XXV. Gesetzgebungsperiode bekennt sich die Bundesregierung zur »gesundheitlichen Chancengleichheit und -gerechtigkeit« für Kinder und Jugendliche. Daher sollen der Zugang zu Gesundheitsleistungen erleichtert sowie Schwerpunkte in Gesundheitsförderung und Prävention gesetzt werden. Konkret listet das Regierungsprogramm als eigenes Ziel die Umsetzung der Abschaffung des Spitalskostenbeitrages für Kinder und Jugendliche auf.

Im Rahmen des Finanzausgleiches wurde vereinbart, für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, den Spitalskostenbeitrag zu streichen. Der aus dieser Streichung resultierende Einnahmenverlust für die Krankenanstalten in Höhe von etwa 15 Mio. Euro jährlich ist vom Bund, den Ländern und der Sozialversicherung jeweils zu einem Drittel auszugleichen.

Die demnach vom Bund zu leistenden fünf Mio. Euro sind von diesem am 13. April jeden Jahres an die Bundesgesundheitsagentur zu überweisen. Die Bundesgesundheitsagentur hat diese Mittel am 20. April jeden Jahres an die Landesgesundheitsfonds entsprechend der Volkszahl, die sich nach dem von der Statistik Österreich auf Grund der ordentlichen Volkszählung 2001 festgestellten Ergebnis bestimmt, wobei die entsprechenden Hundertsätze auf drei Kommastellen kaufmännisch gerundet zu errechnen sind, zu überweisen.

Die demnach von der Sozialversicherung zu tragenden fünf Mio. Euro werden durch die gesetzlichen Krankenversicherungsträger im Verhältnis der Versichertenzahlen des zweitvorangegangenen Jahres

aufgebracht. Dieses Verhältnis ist von der Trägerkonferenz festzustellen. Die Mittel sind am 20. April jeden Jahres im Wege des Hauptverbandes im Verhältnis der zu Grunde gelegten Versichertenzahlen an den jeweiligen Landesgesundheitsfonds zu überweisen. Die Beträge der gesetzlichen Krankenversicherungsträger müssen am jeweils vorletzten Bankarbeitstag vor dem Überweisungsstermin beim Hauptverband eingetroffen sein.

Mit der vorgesehenen Regelung ist eine finanzielle Entlastung von Familien verbunden und gleichzeitig soll auch die Gesundheit und damit die Chancengerechtigkeit von behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen gestärkt werden.

Zu Art. 3 (§ 343 Abs. 2a ASVG):

Klargestellt wird, dass durch die Verordnung nach § 23 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz nicht in bestehende Vertragsverhältnisse von Ärzten und Ärztinnen eingegriffen wird.

Zu Art. 4 (§§ 31 Abs. 2, 106 Abs. 6 und 365 Abs. 2 GSVG):

Durch die vorgeschlagenen Änderungen soll die nach § 31 Abs. 2 GSVG gesetzlich vorgesehene Kostendeckung der Zusatzversicherung in der Krankenversicherung sichergestellt werden. Demnach soll die Möglichkeit der Festsetzung eines Mindestbeitrages in der Satzung vorgesehen werden. Das Krankengeld soll des Weiteren künftig auf einkommensabhängiger Basis ohne (bisher vorgesehene) Mindesthöhe gewährt werden. Für Übergangsfälle sind in der Satzung entsprechende Übergangsregelungen vorzusehen.

Zu den Art. 3 bis 6 (§§ 437 Abs. 1 Z 9 und 700 Abs. 1 ASVG, § 210 Abs. 1 Z 9 GSVG, § 198 Abs. 1 Z 9 BSVG, § 147a Abs. 1 Z 9 B-KUVG):

Hiebei handelt es sich um redaktionelle Anpassungen an das neue Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz.“

Bei der Abstimmung wurde der in der Regierungsvorlage enthaltene Gesetzentwurf unter Berücksichtigung des oben erwähnten Abänderungsantrages in getrennter Abstimmung mit wechselnden Mehrheiten (**dafür:** S, V **dagegen:** F, G, N, T bzw. **dafür:** S, V, G **dagegen:** F, N, T) beschlossen.

Ferner beschloss der Gesundheitsausschuss mit Stimmenmehrheit (**dafür:** S, V, G **dagegen:** F, N, T) folgende Feststellung:

Der Gesundheitsausschuss geht davon aus, dass die, auf Grund der Beschlussfassung der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (1340 dB) und des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2017 – VUG 2017 (1333 dB), erforderlichen näheren Umsetzungsbestimmungen zur Primärversorgung in einer Regierungsvorlage dem Nationalrat bis zum Sommer 2017 zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

Insbesondere soll damit die (gesamt)vertragsrechtliche Umsetzung der ÖSG/RSG-Planungsvorgaben gemäß Art 6 der Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (1340 dB) und der §§ 18ff Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (1333 dB) geregelt werden.

Dadurch soll insbesondere sichergestellt werden, dass

- bei der Invertragnahme durch die Sozialversicherung in einem ersten Schritt niedergelassene Vertragsärzte oder andere niedergelassene Vertragspartner einbezogen werden,
- Betriebs- und Organisationsformen des Ärzterechts im Rahmen von Gesamtverträgen unter Vertrag genommen werden. Diese Gesamtverträge haben insbesondere innovative Honorierungsformen zu enthalten, die die Versorgungsaufträge dieser neuen ambulanten Versorgungsformen unterstützen,
- für einen Übergangszeitraum in den RSG bei der Planung neuer Versorgungsformen bezogen auf einen festzulegenden Planungshorizont und zum Schutz bestehender Versorgungsstrukturen Obergrenzen festgelegt werden,
- selbständige Ambulatorien nicht durch Investoren mit ausschließlichen Gewinninteressen geführt werden können, sondern unter maßgeblichen ärztlichen Einfluss stehen müssen.

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Gesundheitsausschuss somit den **Antrag**, der Nationalrat wolle dem **angeschlossenen Gesetzentwurf** die verfassungsmäßige Zustimmung erteilen.

Wien, 2016 11 30

Dietmar Keck

Berichterstatter

Dr. Dagmar Belakowitsch-Jenewein

Obfrau

